

le också kunna ge ny kunskapsutveckling. Det finns exempelvis behov av mer kunskap om hur lätta/måttliga depressioner förlöper i befolkningen, om metodutveckling inom primärvårdens psykiatriska arbete, och om utveckling av begreppet *concordance*, dvs samstämmighet och partnerskap mellan läkare och patient.

Det är också av intresse att bättre klarlägga alternativmedicinens och det personliga nätverkets betydelse för patientens uppfattning av sjukdom och behandling och för deras sätt att ta itu med sina problem vid depression och annan form av psykisk svikt [2, 3].

Ytlig klassificering en risk

Ett nära samarbete mellan primärvård och psykiatri är i sig inte tillräckligt. Jag tror att allmänläkare och psykiater delvis behöver ändra perspektiv, modeller och begrepp för att bättre kunna arbeta med de problem de möter. En del av omprövningen skulle gälla klassificeringen av psykiska symtom och problem.

Det vanligaste diagnossystemet inom psykiatri, DSM-IV, är otillfredsställande genom sin instrumentella, icke teoretiska konstruktion, vilket Rutz och Wålinder själva antyder när de skriver om behovet av kunskap om basal psykopatologi. Det andra systemet, ICD-10, som används inom allmänmedicin och delar av psykiatri, är inte bättre.

Dessa system ger en ytlig klassifikation som bl a bortser från kausalitet, långtidsförlopp, sociala sammanhang och ett humanistiskt perspektiv på individen.

Psykiska sviktillstånd är ju mycket komplexa företeelser som utspelas på ett flertal begreppsnivåer, alltifrån subcellulär till social [4].

Svår diagnostik

Att åstadkomma ett lätthanterligt och praktiskt klassifikationssystem är inte lätt, men jag efterlyser en medvetenhet om de nu använda systemens bristfällighet hos de debattörer som kritiserar allmänläkarnas förmåga att ställa diagnos och behandla.

I sin praktik arbetar allmänläkarna ofta med ett hastigt flöde av patienter och en riklig ström av olika slags symptom och problem. Den psykiska svikten kan uppträda tillsammans med somatiska sjukdomar och med inslag av somatiseringssyndrom, ångest, depression, personlighetsstörning, missbruk och

organiska hjärnsyndrom. Entydig diagnostisering är ofta inte möjlig.

Patienten en central aktör

I den situationen är det patientcentrerade perspektivet, det att se och utgå från patientens egen situation, sjukdomsupplevelse och handlande, en viktig utgångspunkt. Vi bör se det vi gör som ett inslag i en komplicerad psykosocial process med patienten själv som en central aktör. Rutz och Wålinders holistiska perspektiv kan tyckas vara likartat men innebär för mig en mer paternalistisk och omnipotent läkarhållning.

Vi behöver också det socioekonomiska perspektivet, vars betydelse belystes i vårens Berzeliussymposium i Stockholm, »Social Causation of Disease – Biological Mechanisms». Jag saknar det i diskussionen mellan allmänläkare och psykiater.

Exempelvis har människors utbildningsgrad och socioekonomiska situation visats vara starka prediktorer av depression vid studier i Östeuropa. Symtomen på social utarmning är vid egenrapportering ungefär desamma som symtomen vid depression [5]. Social utarmning förekommer också i Västeuropa.

Utifrån det socioekonomiska perspektivet synes individuell klinisk behandling vara bara en del av arbetet mot depression och annan psykisk ohälsa. Det är visserligen det viktigaste allmänläkaren kan göra, men allmänmedicin och psykiatri måste också delta i forskning och utveckling av preventiva strategier i ett socialt sammanhang.

Referenser

1. Andersson S. Följsamhet eller självkontroll. Om compliance-problemet. Allmän Medicin 1997; 3.
2. Hansson-Scherman M. Forskningsperspektiv. Att vägra vara sjuk. En longitudinell studie av förhållningssätt till astma/allergi. (Summery in english). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 1994: 47-52. (ISBN 91-7346-271-3).
3. Effersoe Gannik D. Sammenfatning. Situationel sygdom. Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøkelse av rygglidelser. Fredriksberg: Samfundslitteratur, 1999: 17-22. (ISBN 87-593-0778).
4. Lindqvist G, Malmgren H. Operationella kriterier och definitioner. Organisk psykiatri. Teoretiska och kliniska aspekter. Stockholm: Norstedts Förlag AB, 1990: 78-106. (ISBN 91-20-09006).
5. Kopp MS, Skrabski A, Szedmak S. Self-rated health in an European perspective. Stockholm: Forskningsrådsnämnden, 2000: 85-102.

Chronic fatigue syndrome

Olika definitioner skapar förvirring

Patienter som misstänks lida av Chronic fatigue syndrome (CFS) måste utredas noggrant vid rehabiliteringskliniker med multidisciplinär kompetens, för att säkert utesluta behandlingsbara sjukdomar. Individuell specialistvård, symtomatisk behandling och psykosocialt stöd borde vara hörnstenar i rehabiliteringen av CFS-patienter.

I flera artiklar i Läkartidningen har det framförts att CFS skulle vara en psykosomatisk sjukdom, samt att behandlingen borde vara kognitiv beteendeterapi [1, 2].

Lundin [1] anger inte mindre än fem referenser som lär styrka att CFS är en somatiseringsproblematik, ingen fysisk sjukdom. Han definierar sjukdomen CFS enligt de kriterier vi använder i Sverige, de s k Fukudakriterierna [3]. Dessa formulerades 1994. Alla utom en av Lundins CFS-referenser är äldre. Rimligtvis kan inte Fukudakriterierna ha legat till grund för de citerade studierna.

Vilka kriterier har då använts? Lundins referens nr 2 utgår från Holmeskriterierna [4] som formulerades 1988. Lundins fyra andra CFS-referenser (även hans nr 10 från 1996) använder den brittiska CFS-definitionen [5]. Dessa s k Oxfordkriterier skiljer sig från de i Sverige giltiga på ett avsevärt sätt:

Brittiska kriterier inkluderar depression

Oxfordkriterierna inkluderar vissa former av depression i diagnosen CFS: »Certain patients should be excluded from the definition. They include:

- (...)
- (ii) Patients with a current diagnosis

Författare

SUSANNE MERZ
socioonom, Solna
E-post: write.me@mail.bip.net

of schizophrenia, manic depressive illness, substance abuse, eating disorder or proven organic brain disease. Other psychiatric disorders (including depressive illness, anxiety disorders, and hyperventilation syndrome) are not necessarily reasons for exclusion.» Sharpe et al 1991, sidan 119 [5].

Svenska kriterier exkluderar depression

Den i Sverige tillämpade Fukudadeinitionen utesluter diagnosen CFS vid depressionssjukdomar:

»The following conditions exclude a patient from the diagnosis of unexplained chronic fatigue.

(...)

3. Any past or current diagnosis of a major depressive disorder with psychotic or melancholic features; bipolar affective disorders; schizophrenia of any subtype; delusional disorders of any subtype; dementias of any subtype; anorexia nervosa; or bulimia nervosa.» Fukuda et al 1994, sidan 955 [3].

Gäller speciella patienter

Vi kan anta att brittiska psykiatrer som diagnostiserar CFS enligt Oxfordkriterierna nästan uteslutande möter CFS-patienter som har tydliga psykiska symtom. Oxfordforskarnas rapporter om goda resultat vid behandling med kognitiv beteendeterapi, gradvis ökad fysisk aktivitet eller antidepressiva är därför trovärdiga, men gäller deras speciella patientgrupp.

Inget tyder på att CFS enligt den definition som används i Sverige skulle vara ett psykiskt eller psykosomatiskt tillstånd. Ingen av Lundins referenser använder heller den i Sverige giltiga Fukudadeinitionen, där flertalet psykiska sjukdomar utesluter diagnosen CFS.

Även Elander Lindberg och Lindberg citerar en Oxfordstudie och rekommenderar kognitiv beteendeterapi för att »få klarhet i hur individen uppfattar och upplever sig själv och sin omvärld, vilka irrationella trossatser som styr hans/hennes tankar och känsloliv» [2].

Enligt författarna är det hos CFS-patienter vanligt med »låsningar som driver individen längre och längre in i sin somatiska sjukdom». Det är sådana generaliseringar som gör att CFS-patienter känner sig kränkta och söker sig vidare i sjukvården.

Verksam behandling förhållas

Att tolka CFS som psykosomatisk åkomma har ännu en, mycket allvarligare, konsekvens: Den utredning och

»I dagens internationella forskning utgår man ifrån att CFS är ett samlingsbegrepp för ett antal somatiska tillstånd. Det är därför av yttersta vikt att varje patient utreds och behandlas individuellt.»

medicinska behandling som skulle kunna leda till en förbättring av tillståndet genomförs aldrig eller förhållas.

Många patienter vågar inte ifrågasätta auktoriteter. I privat sammanhang mötte jag nyligen en ung kvinna som berättade om sin »depression», som inte ville ge med sig trots både samtalsterapi och antidepressiva. »Om jag ändå inte hade så ont i halsen, kände mig så utmattad och kunde slippa febern», sa hon försynt.

Hon var sjukskriven sedan en längre tid för sin »depression», men hennes kroppsliga besvär hade inte utretts. Hon – som i vanliga fall aldrig hade blivit utredd för CFS – är antagligen Sveriges typiska CFS-patient. Har vi råd att långtidssjukskriva unga människor utan att verkligen utreda i det enskilda fallet?

I dagens internationella forskning utgår man ifrån att CFS är ett samlingsbegrepp för ett antal somatiska tillstånd. Det är därför av yttersta vikt att varje patient utreds och behandlas individuellt.

Aktuellt citat

Följande citat från den ursprungliga CFS-definitionen från 1988 [4] har inte mist sin aktualitet:

»Other clinical conditions that may produce similar symptoms must be excluded by thorough evaluation, based on history, physical examination, and appropriate laboratory findings. These conditions include malignancy, autoimmune disease, localized infection (such as occult abscess); chronic or subacute bacterial disease (such as endocarditis, Lyme disease, or tuberculosis), fungal disease (such as histoplasmosis, blastomycosis, or coccidioidomycosis), and parasitic disease (such as toxoplasmosis, amebiasis, giardiasis, or helminthic infestation); disease related to human immunodeficiency virus (HIV) infection; chronic psychiatric disease, either newly diagnosed or by history (such as endogenous depression; hysterical personality disorder;

anxiety neurosis; schizophrenia; or chronic use of major tranquilizers, lithium, or antidepressant medications); chronic inflammatory disease (such as sarcoidosis, Wegener granulomatosis, or chronic hepatitis); neuromuscular disease (such as multiple sclerosis or myasthenia gravis); endocrine disease (such as hypothyroidism, Addison disease, Cushing syndrome, or diabetes mellitus); drug dependency or abuse (such as alcohol, controlled prescribed drugs, or illicit drugs); side effects of a chronic medication or other toxic agent (such as a chemical solvent, pesticide, or heavy metal); or other known or defined chronic pulmonary, cardiac, gastrointestinal, hepatic, renal, or hematologic disease.»

Symtomatisk behandling

Det är hög tid att inrätta rehabiliteringskliniker som har multidisciplinär kompetens om CFS. Ovanstående 12 år gamla rön bör då kompletteras med den kunskap om CFS som har tillkommit de senaste åren [6].

Patienter som efter noggrann utredning får diagnosen CFS bör få symtomatisk behandling enligt [7]. Flertalet svenska CFS-patienter har aldrig blivit erbjudna behandling med vare sig B₁₂, magnesium, L-Carnitin eller Amantadin.

Utöver noggrann diagnostik och symtomatisk behandling bör patienterna – som vid annan svår kronisk sjukdom – erbjudas psykosocialt stöd för att lära sig leva med sina begränsningar. Vid somatisk sjukdom blir kognitiv beteendeterapi en hjälp att acceptera de förändrade livsramarna som sjukdomen medför (coping).

Information om ett rehabiliteringskoncept enligt ovan kan fås från författaren.

Referenser

1. Lundin A. Kroniskt trötthetssyndrom är medicinskt oförklarat. Biomedicinsk förklaring vilseledande för patienten. Läkartidningen 1999; 96: 4350-1.
2. Elander Lindberg N, Lindberg E. Använd befintlig kunskap – även när den är ofullständig. Aktuella exempel: kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi. Läkartidningen 2000; 97: 2651-2.
3. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff AL et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. Ann Intern Med 1994; 121: 953-9.
4. Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. Ann Intern Med 1988; 108: 387-9.

5. Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, Borysiewicz LK, Clare AW, David A et al. A report – chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *J R Soc Med* 1991; 84: 118-21.
6. Komaroff AL, Buchwald DS. Chronic fatigue syndrome: an update. *Annu Rev Med* 1998; 49: 1-13.
7. Merz S. Behandling vid »chronic fatigue syndrome». *Läkartidningen* 1999; 41: 409.

Kommentar:

Undanhåll inte behandlingsalternativ!

I vår korrespondensartikel (LT 21/00 sidorna 2651-2) framhöll vi att genesen till kroniskt trötthetssyndrom (CFS) är multifaktoriell och att uppgifter om både fysiska och psykiska orsaker inte är motstridande. Att ensidigt plädara för enbart fysiska eller enbart psykiska orsaker innebär ett grundläggande tankefel.

Påvisade fysiska orsaker/förändringar vid CFS är av sådan art att de alltid påverkas av psykiska faktorer/stress och vice versa. (Referenser finns i LT 21/00). Både fysiska och psykiska orsaker bör därför behandlas om så är möjligt.

För CFS gäller tills vidare att de fysiska orsakerna ej är tillräckligt kända/beskrivna för att kunna behandlas. Försök att behandla de psykiska orsakerna har gjorts med en anpassad form av kognitiv beteendeterapi med statistiskt säkerställda men kliniskt otillräckliga resultat.

Vad vi föreslår är därför *inte* kognitiv beteendeterapi men i stället psykodynamiskt orienterad insiktsterapi som visat bättre och mera bestående resultat vid tillstånd där psykosomatiska samband spelar en viktig roll. Sådan insiktsterapi är också i princip mera »kausal».

Merz förespråkar enbart symtomatisk behandling och psykosocialt stöd för att lära patienterna att leva med sina begränsningar. Därmed gör hon vad hon själv kritiserar – hon låser patienterna i ett helt somatiskt synsätt och omöjliggör den helhetssyn som kunde öppna en möjlighet till den mest relevanta behandlingen i nuvarande kunskapsläge.

Den största kränkning en patient kan råka ut för är nog att inte få vetskap om alla möjliga behandlingsalternativ.

Noomi Elander Lindberg

med dr, leg psykolog, privatpraktiserande psykoterapeut

Erik Lindberg

med dr, leg läkare; båda vid Psyko-Soma AB, Stocksund

Vad orsakar låg likvorkoncentration av B₁₂ vid multipel skleros?

1957 läste jag en skandinavisk laboratorietidskrift (titeln glömd) som handlade om normalvärdesbestämning av B₁₂ i likvor. Man fann, som väntat, låga likvorvärden av B₁₂ vid pernicios anemi men också vid multipel skleros (MS). Sedan dess har dessa mätresultat upprepade gånger bekräftats och dess betydelse för sjukdomen livligt debatterats. Under mina patologistudier i Lund fascinerades jag av den cytologiska likheten av demyeliniserade härdar i CNS som i begränsningen av ett cytologiskt preparat ej kunde skilja de ovannämnda sjukdomarna från varandra. Oss kandidater emellan diskuterades frågan huruvida MS förbrukar ovanligt mycket B₁₂ i likvor eller om B₁₂-passagen till likvor blockeras av någon – hittills okänd – mekanism vid MS.

Stora parenterala B₁₂-mängder tillfördes MS-patienterna på försök, dock utan stigande likvorkoncentrationer eller kliniska effekter. Tillverkare av parenteralt B₁₂-preparat avrådde bestämt från försök till intratekal B₁₂-tillförsel.

Immunosuppressiva försök

På mitten av 1960-talet började jag forska i levercytologi under professor Nils Söderströms ledning, med speciell inriktning på den tidiga cytologiska bilden av kronisk aktiv hepatit, speciellt av dess lömskt smygande autoimmuna form. Den immunologiska forskningen ledde till immunosuppressiva behandlingsförsök våren 1968 vid medicinska kliniken i Mariestad.

Som behandlingsobjekt valde jag i första hand kliniskt och laboriemässigt högaktiva fall av reumatoid artrit i tidigt skede. Patienterna behandlades initialt med cyklofosfamid (Sendoxan) i lågdos (50–100 mg per os), senare även grupper med azatioprim (Imurel) och på början av 1970-talet med metotrexat 7,5–10 mg/vecka.

Patienter som påtagligt minskade sin kliniska och laboriemässiga sjukdomsaktivitet, fick övergå till underhållsbehandling med salazopyrin i varierande doser mellan 500 och 1 500 mg/dag. Effekten var slående god, och under mina 32 år har ingen tidigt behandlad reumatiker hamnat i rullstol. Samma goda resultat kunde jag notera hos kronisk aktiv autoimmun hepatit, där behandlingen insattes i tid.

Det har blivit alltmer uppenbart att MS – och sannolikt också Alzheimer – hör till den växande familjen av autoimmuna sjukdomar.

Enligt nyligen publicerade rapporter blir benmargstransplanterade patienter som samtidigt har MS, symtomfria, under förutsättning att de fortfarande befinner sig i demyeliniseringsstadiet utan axonskador. Det vore en återvändsgränd att tro på den nya benmargens undergörande effekt på MS när vi har ett brett vetenskapligt material på immunosuppressionens effekt vid autoimmuna sjukdomar.

Azatioprim-behandling vid MS har testats i flera europeiska länder, men resultaten var inte särskilt uppmuntrande – möjligen har antalet skov minskats [1]. Metotrexat betraktas numera helt sakna plats vid behandling av MS [2]. Mitoxantron är ett cytostatikum som dels har visat regress av patologiska förändringar vid datortomografi [3, 4], dels minskad handikapputveckling vid sekundär progressiv MS [5]. Kladribin är en purinanalog med immunosuppressiv effekt, som i små studier har visat minskning av antalet skov och även lovande resultat vid minskning av antalet progressiv MS [6].

Några hypoteser

Om man utgår från vetenskapen om att B₁₂ är nödvändig för myelinsyntes i CNS, återstår att begrunda några bärande hypoteser:

– Antag att B₁₂-brist i likvor vid MS – och sannolikt också vid Alzheimer – beror på transportblockad av B₁₂ genom blod-likvorbarriären genom förekomst av autoantikroppar mot bärarsubstansen på likartat sätt som autoantikroppar mot magslemhinnans parietalceller ger upphov till pernicios anemi? [7].

– Antag att överskott av kvävemoxid (NO) med åtföljande iNOS-aktivitet är inblandad i demyeliniseringen genom lysis av oligodendrocyter genom cytotoxiska T-lymfocyter [8]? Den låga B₁₂-koncentrationen i likvor kan i detta fall återspegla en ständig restaurering av de angränsande myelinpartierna.

Tibor Kolesar

specialist i invärtesmedicin och allmänmedicin, f d klinikchef vid medicinska kliniken, Köping